

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

183

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LAZERME

Né le 2 janvier 1902, à Paris

HÉMOPTYSIE D'ALARME
ET CAVERNE ISOLÉE

OU NÉCESSITÉ DE LA RADIOGRAPHIE
AU COURS DES HÉMOPTYSIES
D'ALARME

Président : M. MARCEL LABBÉ, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LAZERME

Né le 2 janvier 1902, à Paris

HÉMOPTYSIE D'ALARME
ET CAVERNE ISOLÉE

OU NÉCESSITÉ DE LA RADIOGRAPHIE
AU COURS DES HÉMOPTYSIES
D'ALARME

Président : M. MARCEL LABBÉ, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHIERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale;
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE(G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique,
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
ABRAMI. . . . Clinique médicale.	HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . . Clinique médicale.	MATHIEU . . . Clinique chirurgicale.
DEBRÉ Clinique médicale.	MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . . Clinique médicale.	PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . Clinique médicale.	SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique méd.	LE LORIER . . Clinique chirurgicale.
BASSET. . . . Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL . Clinique obstétricale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.	METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MA FEMME ET A MON FILS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR COURCOUX

Médecin des Hôpitaux

Auquel je dois, à tous points de vue, d'avoir pu faire ce travail. Je le prie de croire à ma profonde reconnaissance et à ma respectueuse affection.

A M. LE DOCTEUR GUINARD

Médecin chef du Sanatorium de Bligny

Pour le remercier de la confiance qu'il m'a témoignée en m'acceptant auprès de lui comme médecin assistant.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

1925. M. LE DOCTEUR SORREL.

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE.

1926. M. LE DOCTEUR HERSCHER.

1929. M. LE DOCTEUR TOUPET.

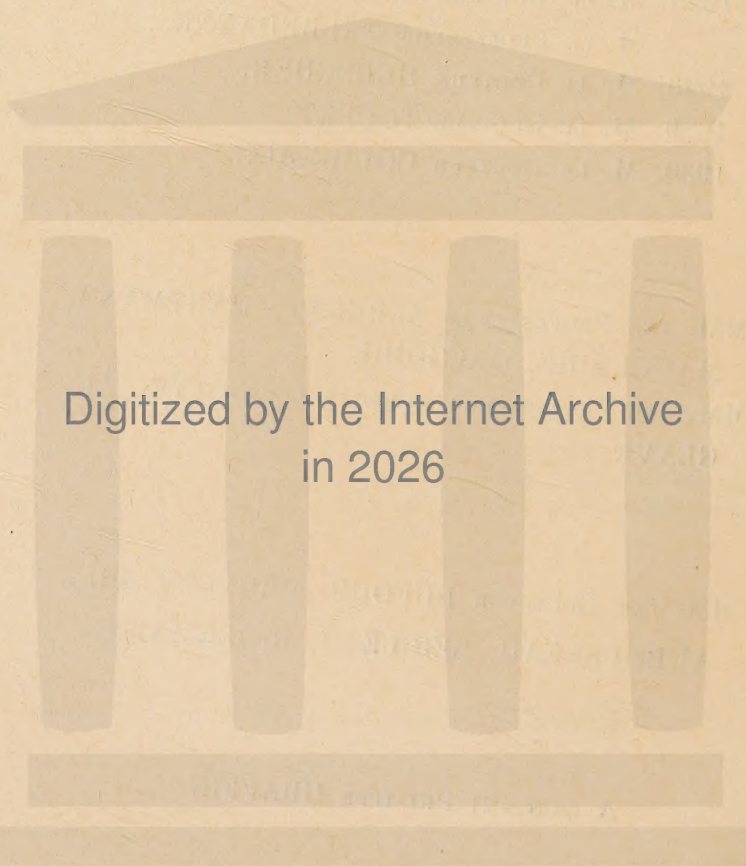
1930. M. LE DOCTEUR COURCOUX.

A MM. LES PROFESSEURS SERGENT, HARTMANN,
MAUCLAIRE, GRÉGOIRE.

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS OKINCZYC, AL-
GLAVE.

A MM. LES DOCTEURS DUFOUR, PRUVOST, HUC,
AUROUSSEAU, SÉBILEAU, BIDERMAN.

A MON AMI PHILIPPE GRAFFIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PRÉFACE

Si les hémoptysies sont un accident fréquent au cours de la tuberculose pulmonaire, les hémoptysies dites d'alarme ne sont pas moins banales.

Mais ce qui est rare, c'est l'hémoptysie d'alarme, survenant chez un sujet en pleine santé, hémoptysie très légère le plus souvent, accompagnée de signes cliniques minimales (souvent absents du reste) et où l'examen radiographique montre une lésion très particulière : une petite géode, fréquemment isolée en plein tissu sain, sans aucune lésion connexe.

Se trouve ainsi créé un type clinique d'hémoptysie d'alarme, très rare nous l'avons dit, mais pas au point que des recherches systématiques ne nous aient permis d'en relever plusieurs observations, que nous verrons en détail au cours de ce travail.

Notre attention fut attirée vers ces cas rares, par notre maître le Dr Courcoux, qui, depuis longtemps déjà, sut insister auprès de ses élèves dans son service, en répétant fréquemment cet axiome : « Toute hémoptysie doit amener la prise d'un film radiographique et ce dernier doit être examiné en y cherchant des lésions de tuberculose mais aussi une

petite caverne isolée dans le parenchyme pulmonaire. »

C'est grâce à cette insistance que nous pûmes constater l'exactitude de cet axiome, et qu'il nous fut donné de faire le diagnostic de caverne pulmonaire, dans des cas où une hémoptysie ne s'accompagnait d'aucun signe clinique ni radioscopique et où il était normal, mais grave, de conclure à l'intégrité du parenchyme pulmonaire.

L'on constata, du reste, dans des conditions très particulières, cette association paradoxale : hémoptysie d'alarme et caverne isolée.

Dans un premier cas, après une hémoptysie légère, l'examen clinique du sujet ne révéla rien. La radioscopie fut également négative; c'est la prise systématique d'un cliché radiographique qui montra une caverne pulmonaire.

Dans un deuxième cas, une malade fit une hémoptysie, sans signe clinique ni radioscopique. On fit un cliché radiographique qui fut, sans doute, mal interprété, car on n'y découvrit pas de caverne. Ce n'est que plus tard, l'expectoration de la malade étant bacillifère, qu'on fit à nouveau une radiographie des poumons. Celle-ci montra une petite géode. En comparant ce deuxième cliché avec le premier, on s'aperçut alors que la petite spélunque était déjà visible sur celui ci, mais n'avait pas été diagnostiquée.

Dès lors l'attention fut attirée vers cette association : hémoptysie et spélunque. Aussi depuis plu-

sieurs années dans le service du D^r Courcoux, on recherche par la radiographie si une cavité isolée du poumon ne signe pas la provenance d'un crachement de sang.

Ainsi nous pûmes découvrir plusieurs observations de cette lésion peu connue, où la radioscopie est nettement insuffisante et où seule la radiographie permet de diagnostiquer une lésion, qui sans elle serait passée complètement inaperçue.

L'intérêt de cette recherche n'est pas seulement de constater un type anatomo-clinique un peu particulier, mais d'attirer l'attention sur un fait, qui passant inaperçu, quand on ne le connaît pas, laisse sans soin un sujet, qui présente une lésion minime certes, mais qui peut lentement et souvent à longue échéance, se révéler par des lésions déjà très accentuées.

Ce qui équivaut à dire, qu'il faut rechercher par tous les moyens possibles, les causes d'une hémoptysie et de ne jamais permettre au temps de la révéler.

HÉMOPTYSIE D'ALARME

ET CAVERNE ISOLÉE

OU NÉCESSITE DE LA RADIOGRAPHIE

AU COURS DES HÉMOPTYSIES

D'ALARME

INTRODUCTION

Chacun sait que les signes qui marquent le début d'une tuberculose pulmonaire sont aussi nombreux que de valeur différente.

Parmi eux, l'un des plus marquants est certainement l'hémoptysie, sur l'importance de laquelle on ne saurait trop insister. Elle mérite, dans ces cas là son nom d'« hémoptysie d'alarme » car si elle inquiète le malade et le pousse à consulter un médecin, elle doit être pour ce dernier un véritable signal.

Elle ne doit jamais être prise à la légère, elle doit être rapportée à sa véritable cause et pour cela doit faire pratiquer une série d'examens, sans lesquels le diagnostic risque de n'être pas posé ; et l'on sait quelles graves sanctions comporte pour le malade la non reconnaissance d'une tuberculose, sans oublier la responsabilité morale du médecin, qui laisse un tuberculeux aggraver ses lésions,

faute d'avoir posé le diagnostic de lésion pulmonaire tuberculeuse.

Nous nous repentirions de vouloir reprendre complètement la question des hémoptysies d'alarme tuberculeuses. Ce sujet très abondamment et diversement traité depuis longtemps déjà, ne supporte aucune discussion.

Mais pour mettre en valeur les cas particuliers qui font l'objet de ce travail, il nous semble judicieux de faire un résumé succinct des cas types d'hémoptysie d'alarme classiquement décrite jusqu'à ce jour.

De la sorte apparaîtront plus nettement les problèmes cliniques, physiopathologiques et pronostiques que soulèvent nos observations, auxquelles nous voudrions voir donner le nom de « vrais cas d'hémoptysie d'alarme ».

CAS CLASSIQUES

Première éventualité.

L'hémoptysie révèle le début d'une bronchopneumonie tuberculeuse, à marche rapide, ou d'une tuberculose ulcéro-caséeuse grave à évolution rapide.

C'est le cas simple par excellence. Brusquement, sans prodrome pouvant la faire prévoir, l'hémoptysie survient chez un sujet qui se croyait en très bonne santé.

Les signes généraux très marqués, la température élevée, l'atteinte profonde de l'organisme, la netteté des signes locaux, tout concorde avec le diagnostic aisé de tuberculose pulmonaire que l'évolution ultérieure confirme d'ailleurs.

Deuxième éventualité.

L'hémoptysie révèle une tuberculose pulmonaire ulcéro ou fibro-caséeuse évoluant à bas bruit et depuis un temps variable.

On conçoit aisément que dans cette éventualité, la plus ou moins grande netteté des signes cliniques d'examen, et le temps depuis lequel les lésions évo-

luent, créent deux facteurs variables, engendrant par suite une infinité de formes cliniques.

Dans les cas les plus typiques, l'hémoptysie est l'accident brutal qui apparaît en pleine santé apparente.

L'entourage du malade dira cependant qu'il toussait un peu le matin, était légèrement asthénique. On pratique un examen serré et le diagnostic est posé.

Souvent l'hémoptysie est légère et le malade la cache à son entourage et se leurre sur la valeur de ce signe.

Ou bien l'hémoptysie est minime, un filet sanglant découvert par hasard, dans un crachat et si le médecin n'attache pas à ce signe la valeur qu'il possède et ne met pas en œuvre toute la gamme des examens, le diagnostic ne sera pas posé.

C'est alors qu'on voit pour une hémoptysie d'origine pulmonaire, poser les diagnostics suivants : hémorragie dentaire, hémoptysie supplémentaire des règles, épistaxis déglutie, etc., etc... C'est une faute grave que de ne pas rechercher la fièvre vespérale légère, l'amaigrissement, l'asthénie, la perte d'appétit, les quintes de toux sèche nocturne, la légère dyspnée d'effort et surtout l'expectoration matinale même minime.

Enfin il est grave de ne pas reconnaître et prêter attention à une rudesse marquée du murmure vésiculaire, au retentissement de la toux et surtout aux craquements fins après la toux, dans une fosse sus-

épineuse, cas où le diagnostic est moins net que dans les cas malheureux où l'on trouve déjà des signes beaucoup plus marqués, voire même une caverne.

Dans toutes ces formes cliniques, le diagnostic est en général simple, mais souvent la symptomatologie est fruste et il faut pratiquer plus que jamais les 3 examens sans lesquels un malade n'est pas consciencieusement examiné :

La recherche des bacilles de Koch dans les crachats, avec homogénéisation et inoculation au cobaye ;

L'examen radioscopique des poumons ;

La prise d'une téléradiographie que l'on lira au négatoscope.

Ces cas sont si fréquents qu'il nous semble inutile de citer là des observations, que la fréquentation d'un service de tuberculeux montre absolument banales et courantes.

Troisième éventualité.

L'hémoptysie d'alarme des tuberculeux fibreux et des anciens tuberculeux, qui réveillent une lésion non diagnostiquée antérieurement.

Ces cas s'opposent par leur complexité aux précédents. Là le diagnostic est très délicat et il faut faire la preuve tuberculeuse de cette hémoptysie.

Les vieux emphysémateux, les vieux touseurs catarrheux ont souvent des signes pulmonaires simulant ceux d'une tuberculose. Leur expectoration

est fréquemment bacillifère par intermittence et l'on conçoit les difficultés que l'on éprouve à poser un diagnostic que seuls les examens spéciaux de radiologie arriveront parfois à corroborer.

Quatrième éventualité.

L'hémoptysie révèle des lésions minimes de tuberculose, soit tuberculose incipiens, soit tuberculose abortive.

Ces cas sont très rares, où la symptomatologie est complètement négative et, parfois, c'est seulement beaucoup plus tard que l'on voit évoluer des lésions, dont le début remontait à l'hémoptysie, comme tiendrait le prouver l'observation suivante.

M. J. L..., 21 ans.

Décembre 1923 :

Un matin, le sujet en pleine santé apparente, expectore un crachat muco-sanguinolent.

Pas de fièvre, pas de signes généraux. Il consulte un spécialiste qui ne trouve rien, aucun signe stéthoscopique. Aucun signe radioscopique.

Les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Le sujet passe un mois à la campagne et reprend ses études.

Les années suivantes, le malade ne présente aucun signe si ce n'est de la toux, assez fréquente, surtout nocturne et matinale. Ausculté à plusieurs reprises et radioscopé on ne découvre rien.



Fig. 1. Tubercle.

Cliché mauvais. On diagnostique une tuberculose incipiens, sans remarquer une caverne, qu'un bon cliché eut, sans doute, révélée.



M. J. L., 21 ans

Extension des lésions. Une caverne sous-hilaire est nettement visible.

En août 1926. — Un examen fortuit de crachats montre des bacilles de Koch en abondance.

Radiographié et soigneusement examiné on conclut à une interlobite inférieure droite.

Après un séjour de 8 mois en altitude on ausculte à nouveau le malade en avril 1927. On ne trouve aucun signe d'auscultation. Cependant les bacilles de Koch sont nombreux dans les crachats.

Une radiographie prise en position légèrement oblique montre une caverne appendue au hile pulmonaire droit, correspondant à une tache passée inaperçue sur le premier cliché.

On décide un pneumothorax artificiel qui institué le 6 avril 1927 est encore entretenu.

Reprise de l'état général et après 2 ans de repos en demi altitude, le sujet reprend ses études et la vie normale.

Tels sont rapidement revus, les cas d'hémoptysie d'alarme classiques, que nous avons vus de plus en plus complexes.

A ceux-là nous ajoutons les problèmes que soulèvent les observations suivantes, vrai but de ce travail et qui semblent être des cas très typiques d'hémoptysie d'alarme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. A. B..., 33 ans.

Antécédents. — Rien à signaler. Aucune lésion tuberculeuse antérieure.

On note simplement que la sœur aînée du sujet était atteinte de tuberculose pulmonaire.

Histoire clinique. — Paraissant en excellente santé le sujet vaquait à des occupations pénibles, sans que rien fasse penser que quelque manifestation lésionnelle du poumon puisse apparaître.

Un matin, au cours de sa toilette, le sujet rejette quelques crachats nettement sanglants.

Inquiet, il va immédiatement consulter un oto-rhino-laryngologiste, qui après un examen très minutieux croit pouvoir conclure à une petite hémorragie laryngée et tranquillise ainsi le patient.

Sur les sollicitations de son entourage, que cet incident troublait, le sujet consent à voir un phtisiologue, lequel, après un examen très approfondi, ne trouve rien à l'auscultation.

La radioscopie est également négative.

En raison de cette formule qu'il considère comme absolue, « toute hémoptysie doit toujours provoquer la prise d'un film », une radiographie est exigée.



M. A. B. 1933 n° 5

Hémoptysie d'alarme, sans signe clinique, ni radioscopique.
La Radiographie montre une géode sous-claviculaire droite.



M. A. B..., 33 ans.

Guérison complète.

Le film permet de constater sous la clavicule droite une petite géode, complètement isolée, bien limitée par un cercle opaque, sans aucune tache lésionnelle alentour.

Cette situation sous-claviculaire de la géode avait été la cause de sa non visibilité à la radioscopie. Quelques crachats rendus le lendemain montrèrent qu'ils étaient bacillifères.

Le malade part en sanatorium pour 5 mois.

Revu en juin 1926, son état général était excellent. La radiographie montrait une moins grande netteté de la géode.

En octobre 1926, mêmes signes radiologiques.

En mai 1927, excellent état général, mais on note une respiration un peu inégale ; l'inspiration est granuleuse au sommet droit en arrière.

La radiographie montre qu'une tache floue remplace peu à peu la tache claire de la géode.

Février 1927. — Sensation de tiraillement dans l'épaule droite ; mêmes signes d'auscultation et de radiographie.

Février 1928. — La tache du sommet droit s'estompe de plus en plus.

Février 1929. — A la radiographie : disparition complète de la lésion. De tout petits tractus marquent le siège de la caverne. Il faut savoir qu'en ce point se trouvait une spelunque.

Depuis le sujet est en excellente santé.

OBSERVATION II

M. N. B..., 31 ans.

Entre à l'Hôpital Boucicaut le 14 juillet 1930, pour une hémoptysie assez abondante, survenue subitement à la suite d'un accident d'automobile, dit le malade.

On ne note rien dans les antécédents.

A l'examen. — Aucun signe d'auscultation.

La radioscopie ne montre rien de net. Peut-être une légère grisaille du sommet gauche.

La radiographie montre une plage grise du sommet gauche et dans cette plage 2 petites taches arrondies sus-rétroclaviculaires, taches de type spéléunaire, que la radioscopie n'avait pas décelées.

Les crachats hémoptoïques sont fortement bacillifères.

Le diagnostic de spélunques du sommet gauche ne put donc être posé que grâce à la radiographie.

Un pneumothorax artificiel fut institué, amenant un très bon décollement.



M. N. B., 31 ans

Petites spélunques du sommet gauche, avec infiltration périphérique.



M. V. K. 17 ans

Hémoptysie d'alarme, sans signe clinique.
Spélunque du sommet gauche.

OBSERVATION III

M. V. K..., âgé de 17 ans.

Apprenti tailleur.

Sujet transplanté d'Albanie à Paris, 3 semaines auparavant, en parfaite santé.

Père et mère bien portants.

Deux sœurs bien portantes.

On ne retrouve aucun antécédent tuberculeux ou autre dans l'enfance et l'adolescence.

21 novembre 1930. — Le malade eût une hémoptysie de faible abondance : quelques gorgées sanglantes. Aucun malaise concomitant, aucun prodrome ne l'avait fait prévoir.

A l'examen. — Aucun signe général ni fonctionnel.

A l'auscultation on ne trouve rien.

La radioscopie montre un très léger voile du sommet gauche.

La radiographie permet seule, de voir au sommet gauche une petite tache arrondie, de type spéléculaire, avec un très léger voile de tout le sommet.

Grâce à la radiographie, put ainsi être posé le diagnostic de spéléque pulmonaire révélée par l'hémoptysie d'alarme.

OBSERVATION IV

Mlle M..., employée de banque.

Père et mère bien portants.

Trois frères bien portants.

29 octobre 1926. — Fait une hémoptysie au retour de son travail.

Deux jours après elle crache encore quelques caillots. Elle cesse tout travail et consulte son médecin. Celui-ci fait faire un examen de crachats qui ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Envoyée à un phthisiologue, celui-ci fait pratiquer une radiographie un mois après l'hémoptysie. Le cliché examiné peut-être un peu rapidement montre une tache qui fut prise pour une tache scléreuse du sommet droit et on pensa qu'il s'agissait d'une hémoptysie d'alarme révélatrice d'une tuberculose abortive.

La malade part en cure libre dans le Var et y reste 4 mois.

Elle revient en excellente santé apparente, elle a engraisié, mais présente assez fréquemment le matin quelques quintes de toux suivies d'une légère expectoration.

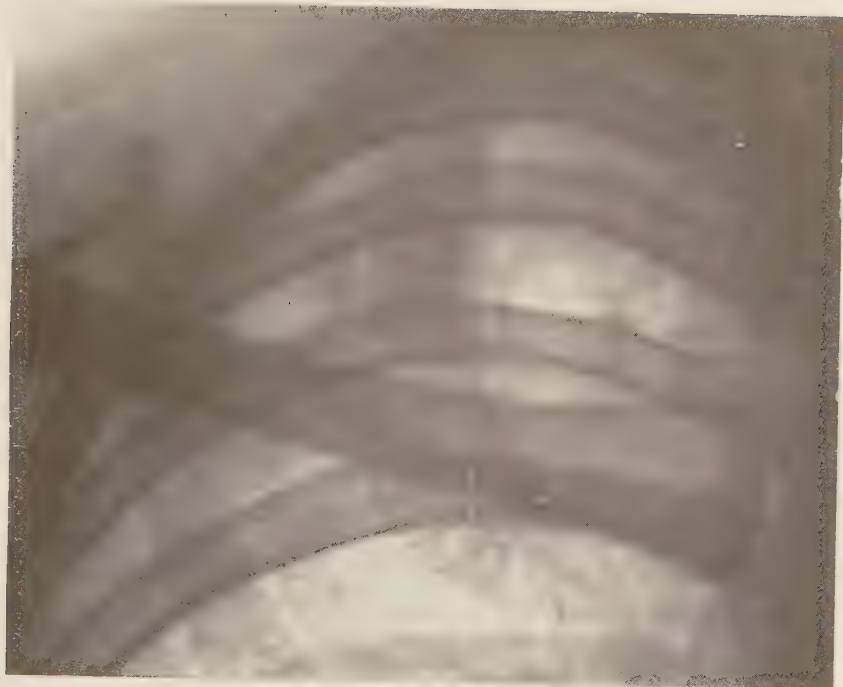
Un examen de crachats fait à ce moment montre la présence de bacilles de Koch.

On refait alors une deuxième radiographie qui montre une petite tache claire sous-claviculaire droite, nettement cerclée, tache qui a tous les caractères d'une petite géode.



Mlle M...

Hémoptysie d'alarme. On diagnostique une tuberculose abortive, pensant que les taches rétro-claviculaires sont de simples taches scléreuses.



Ville M ..

Spélunque rétro-claviculaire nette.



Mlle M...

Guérison complète.

La confrontation de ce cliché avec la première radiographie permet de se rendre compte que dès cette époque il existait une géode passée inaperçue.

Dès ce moment la cure devint plus stricte. Les bacilles de Koch disparaissent rapidement. Un séjour de plusieurs mois à la montagne amène une amélioration progressive.

La malade augmente de poids régulièrement. La géode disparaît.

Suivie depuis cette époque, la lésion est bien fermée, une cicatrice stellaire remplace la géode.

L'état général est excellent. Le sujet a repris son travail.

OBSERVATION V

M. B... O., 40 ans, mécanicien.

Antécédents personnels héréditaires et collatéraux où on ne trouve aucun renseignement.

Il vient consulter le 16 juillet 1930 parce que depuis 3 semaines il crachait du sang.

Cette hémoptysie avait débuté sans prodrome, sans effort provocateur. Elle était peu abondante mais continue et augmentait légèrement vers le 10 juillet 1930.

A l'examen. — Aucun signe tant général que fonctionnel ou physique.

Les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch.

La radiographie montre une tache para-médiastinale que supporte un assez fort tractus aboutissant à la partie supérieure du hile droit. Cette tache est une spélunque typique.

Septembre 1930. — Après deux mois et demi de cure, le malade a engraisé de 2 kgr. 700. Son état général est parfait.

Cependant il tousse un peu.

A la radioscopie, on ne trouve aucune trace de la spélunque. Mais on ne put obtenir du sujet une nouvelle radiographie et un examen de crachat.



M. H. O. 100.

Hémoptysie d'alarme sans signe clinique.
La radiographie montre une spélunque sous-claviculaire.



M. M. 24 ans.

Spélunque du sommet droit décelée par la radiographie,
après une hémoptysie d'alarme.

OBSERVATION VI

M. M..., 24 ans.

En pleine santé, un matin le sujet présente un crachat sanglant sans aucun prodrome. Examiné, on ne découvre aucune trace de lésion pulmonaire. Mais pour plus de sûreté on l'envoie en consultation à l'hôpital Boucicaut. On ne constate rien à l'auscultation.

Un examen radioscopique montrait simplement un léger flou du sommet droit.

Systématiquement on fait une radiographie qui confirme le flou du sommet droit constaté à la radioscopie et de plus une image arrondie, spéléuncaire, cerclée de blanc passée inaperçue à l'examen radioscopique.

Traité par la cure sanatoriale, les lésions disparurent rapidement et le sujet put reprendre son train de vie habituel.

OBSERVATION VII

M. S..., 22 ans.

Habitant en province, dans une école d'électricité où il faisait ses études, le sujet présente un soir une hémoptysie légère (quelques crachats sanglants). Il consulte un médecin, qui lui conseille de se reposer quelques jours à la campagne et surtout de vivre définitivement en province.

Le sujet quitte son école et profite de son séjour à la campagne pour employer ses heures de liberté à faire de la bicyclette.

10 jours après, sous l'influence de ce régime un peu spécial, il fait une grosse hémoptysie qui précède une grosse poussée évolutive, laquelle avorte. La fièvre atteint 39° pendant 2 jours, et l'état général décline rapidement en 8 jours.

Il revient à Paris où on fait une radiographie qui montre près du hile gauche une série de taches au milieu desquelles se précisent des taches beaucoup plus claires.

Le malade part en Sanatorium où il séjourne 8 mois, puis il continue à se soigner en cure libre.

Actuellement son état est très satisfaisant.



M Cl..., 25 ans.

Malgré la défectuosité du cliché, ce dernier lu au négatoscope
montrait une petite géode sous-claviculaire.

OBSERVATION VIII

M. Cl..., 25 ans.

Correspondancier dans une grande firme.

Aucun antécédent φ héréditaire ou collatéral. Le malade aurait eu une typhoïde en 1915 et une pleurésie droite sans épanchement en 1925.

Pendant sa période militaire, il aurait fait des bronchites assez fréquentes.

25 novembre 1930. — Le sujet présente le matin quelques crachats hémoptoïques, sans cause apparente.

On l'examine sans trouver aucun signe. La radioscopie elle-même est absolument négative. Seule la radiographie montre une petite géode sous-claviculaire droite.

Le malade est envoyé en Sanatorium et mis au traitement par les sels d'or.

Tels sont les cas que nous avons pu relever, vraiment typiques, formant des faits très particuliers.

De la lecture de ces observations, découlent des conséquences et des renseignements que nous classerons en quatre groupes :

Renseignements cliniques et bactériologiques.

Renseignements radiologiques.

Renseignements physio-pathologiques.

Renseignements d'ordre pronostique et évolutif.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Il peut sembler paradoxal de faire un chapitre clinique sur des observations où on ne relève aucun signe à l'examen des malades.

C'est justement cette absence de signe qui est le fait capital.

Les antécédents de ces malades ne révèlent rien de net. Mais surtout dans aucune de ces observations, on ne relève de signes pouvant faire penser qu'une caverne pulmonaire est la lésion qu'on découvrira.

Un seul symptôme domine la scène : c'est l'hémoptysie, et l'on conçoit l'attention qu'on doit porter à un tel signe, puisque d'une part il est isolé et que d'autre part il va faire poser un diagnostic extrêmement grave.

Quels sont les caractères que présente cette hémoptysie ?

Elle est brusque et sans cause nette.

Elle est courte et peu abondante.

a) *Brusque et sans cause nette.* — Le sujet présente de petites quintes de toux très discrètes.

Surtout le matin, parfois cependant au cours de la journée.

Il accuse un goût un peu spécial dans la bouche et émet des crachats nettement sanglants, dans lesquels on constate parfois un mélange de muco-pus et de sang.

Mais dans d'autres cas, le malade rejette du sang pur sans muco-pus. Nous verrons plus tard l'intérêt de cette expectoration muco-purulente.

b) *Courte et peu abondante.* — Le malade crache le matin, puis tout rentre dans l'ordre. Parfois un ou deux crachats dans la journée ; et le soir tout est fini ; on ne trouve pas dans ces cas l'expectoration noirâtre qui marque la fin des hémoptysies.

Tels sont les caractères de cette hémoptysie, ne s'accompagnant d'aucun autre signe.

Il n'y a pas de fièvre, pas de toux persistante.

L'état général est parfait.

Enfin si on examine ces malades, on ne constate aucun signe pulmonaire.

De cette pauvreté clinique, vont découler des conséquences navrantes :

1^o L'hémoptysie est si petite, que le sujet n'y prête aucune attention, d'autant qu'aucun autre symptôme inquiétant ne pousse le malade à se faire examiner, en admettant même que celui-ci ait remarqué qu'il crachait du sang, tant ce symptôme est fugace.

2^o Dans d'autres cas l'entourage s'inquiète et fait examiner le malade. Mais là un deuxième danger intervient : le médecin non averti qui ausculte, ne

fait pas d'examen radioscopique, conclut qu'il n'y a aucune lésion et que ce crachement de sang n'est pas une hémoptysie.

3° L'éventualité la plus fréquente est celle du médecin qui ne constate chez ce sujet aucun signe clinique, mais fait très sérieusement un examen radioscopique et ne découvre rien. Il ne pense pas à la nécessité de la radiographie, il console et rassure le malade mais n'a pas posé le diagnostic tout en ayant fait un examen assez consciencieux.

Nous disions plus haut que l'hémoptysie était souvent accompagnée de crachats muco-purulents. Si par bonheur on les examine, on y découvre des bacilles de Koch. Mais le plus souvent l'expectoration a cessé en même temps que l'hémoptysie lorsque celle-ci n'était pas composée uniquement de sang pur. C'est donc encore un signe négatif que cette absence d'expectoration, rendant le diagnostic plus malaisé et l'on conçoit la facilité avec laquelle on pourrait conclure à l'intégrité du parenchyme pulmonaire.

RENSEIGNEMENTS RADIOLOGIQUES

Il n'est pas jusqu'à la radioscopie qui ne soit également trompeuse. Actuellement elle complète presque toujours un examen pulmonaire sérieux. Souvent même le sujet réclame un examen radioscopique.

La radioscopie est cependant dangereuse, car elle ne montre aucune lésion du parenchyme pulmonaire. Quelquefois même un facteur moral intervient chez le praticien : « Aucun signe clinique, donc la radioscopie ne montrera rien ». Ce principe est absolument faux.

Si la lésion pulmonaire passe inaperçue à l'écran, c'est peut-être parce qu'elle est ignorée du praticien mais c'est surtout parce qu'elle est une lésion très discrète. C'est une petite tache, une petite géode et placée souvent en une région du parenchyme pulmonaire peu facile à examiner, dans un endroit où des projections et des intersections osseuses créent toute une série d'images, d'interprétation très délicate. C'est parfois à la base, ou bien dans le hile, plus souvent au sommet, derrière la clavicule.

Enfin rien n'attire l'attention vers cette géode, puisque, nous le verrons, elle est isolée dans du tissu sain, n'étant pas entourée de lésions conco-

mitantes qui formeraient une plage grise attirant les regards.

Cette géode est seule et peut-être pourrait-on la voir à l'écran radioscopique si on prenait la précaution de faire varier la position du sujet qu'on examine. Du reste trois manœuvres sous l'écran devraient être systématiquement pratiquées :

— un examen des champs pulmonaires en position frontale postérieure ;

— un examen du sujet en position frontale antérieure, les bras levés et croisés au-dessus de la tête ;

— un examen en position oblique en faisant varier l'obliquité d'incidence des rayons X ; en partant surtout de ce principe que puisqu'il y a une hémoptysie il faut tout mettre en œuvre pour trouver la lésion.

Comment la découvrira-t-on ? Par la radiographie qui seule montrera nettement la géode, car nous savons maintenant que malgré toutes les recherches que nous venons de décrire, malgré tous les moyens d'investigation, la radioscopie peut rester négative et nous le répétons encore :

« On n'a pas le droit de conclure à l'intégrité du parenchyme pulmonaire tant qu'on n'aura pas fait une radiographie. »

Si la radioscopie a déjà orienté le diagnostic (cas rare) en montrant une image pulmonaire suspecte, il faut mettre le malade dans la position la plus favorable à la visibilité de la lésion et prendre un

cliché téléradiographique des poumons dans cette position.

Mais le plus souvent on fait un premier cliché explorateur, sur lequel on cherchera l'image spléculaire douteuse, puis, au besoin, on fera tirer un second cliché pour étayer le diagnostic posé d'après le premier film.

Comment lire ce cliché ?

C'est extrêmement difficile.

1^o Il faut examiner la radiographie au négatoscope, en faisant varier l'intensité lumineuse ;

2^o Il faut surtout faire un examen systématique du cliché. comparer les deux poumons, examiner les hiles pulmonaires, et surtout les sommets sans oublier les bases.

En effet, le sommet semble être un siège de prédilection de la caverne isolée ; il faut rechercher une tache rétro-claviculaire ; un flou anormal même petit et c'est après de longs et minutieux examens que l'on verra une tache arrondie, cerclée de gris en plein tissu sain. On soupçonnera alors qu'il s'agit d'une géode.

Par quel procédé la mettre en évidence ?

L'emploi d'écrans colorés vont nous rendre ce service. Encore faut-il choisir, car certaines couleurs éteignent un cliché alors que d'autres le renforcent.

Il semble que l'écran vert soit le meilleur pour donner du relief à une géode, car il fait varier l'intensité lumineuse et surtout la projection des ombres.

Grâce à cet écran, on voit ressortir nettement :

— Le fond grisaille de la petite spélunque ;

— Surtout son contour arrondi, nettement cerclé de teinte claire, comme une auréole, tranchant sur le tissu sain transparent du voisinage ;

Enfin on précise la taille et le siège de cette géode, ce qui est important pour l'évolution ultérieure.

On conçoit donc l'importance de cet examen radiographique des sujets ayant présenté une hémoptysie d'alarme, puisque sans cette manœuvre la lésion pulmonaire serait passée complètement inaperçue.

RENSEIGNEMENTS PHYSIO PATHOLOGIQUES

Telles sont les principales données que nous fournissent ces hémoptysies d'alarme, mais en présence de ces faits une question se pose :

Pourquoi la lésion pulmonaire se constitue-t-elle ainsi et comment peut-on y rattacher les quelques manifestations cliniques qu'elle détermine ?

On sait depuis les travaux d'Ameuil et Rist que la tuberculose pulmonaire se traduit fréquemment par une bronchio-alvéolite plus ou moins étendue.

Dans les cas par nous cités, il faudrait penser que cette bronchio-alvéolite formerait une petite lésion très limitée, évoluant à bas bruit du fait de sa faible étendue et ceci pendant un temps indéterminé.

Le ramollissement et la rupture de ce noyau provoquerait l'hémoptysie et l'expectoration mucopurulente bacillifère dont nous parlions plus haut.

Ces assertions sont à détailler :

1° Que la bronchio-alvéolite crée un foyer tuberculeux discret dans le parenchyme pulmonaire, la chose n'est pas douteuse ;

2° Dans beaucoup de cas, ce petit foyer tuberculeux n'est pas isolé. Il se propage aux lobules voisins soit par voie bronchique, soit par voie lymphatique, de telle sorte que la lésion progresse peu à peu

avec des réactions lésionnelles extrêmement variables.

3^o Mais il est certainement des cas (et les faits cliniques que nous relatons nous incitent à penser ainsi) où la lésion reste très réduite, minime, très limitée, enchâssée dans une gangue, formant un véritable noyau, qui évoluera comme un tubercule isolé ; celui-ci se caséifiera et dans certains cas s'éliminera par une bronchiole.

C'est précisément cette élimination qui, nous le pensons, est l'occasion de l'hémoptysie ; c'est la rupture d'un petit abcès dans une bronchiole.

Un autre argument milite en faveur de cette hypothèse : c'est précisément la très courte durée de l'élimination de l'abcès, sous forme de muco-pus, que nous avons vu associée à l'hémoptysie et nous avons insisté déjà sur ces crachats muco-purulents teintés de sang, expectoration qui ne dure pas plus de 48 heures, expectoration bacillifère d'autre part.

L'hémoptysie devient ainsi la signature de ce petit abcès, de son ouverture et le meilleur indice d'une lésion bacillaire du poumon. D'ailleurs, depuis que dans le service des tuberculeux à Boucicaut, les hémoptysies d'alarme sont examinées avec une telle minutie, on en arrive à se convaincre que dans un nombre considérable de cas d'hémoptysies, on constate la présence d'une petite géode pulmonaire. Il serait facile et tentant de dire que la majorité des hémoptysies sont liées à l'ouverture d'une bronchio-alvéolite caséifiée.

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE PRONOSTIC ET ÉVOLUTIF

Que devient cette lésion une fois constituée ?

Les cas sont variables.

1^o Souvent la géode rétrocede et disparaît, très rapidement du reste. Aucun signe n'accompagne son évolution. C'est encore la radiographie qui permettra de voir l'évolution de la lésion vers un processus scléreux souvent discret ; et dans plusieurs de nos observations, en examinant le cliché de guérison il faut vraiment savoir qu'une petite géode existait dans le parenchyme pulmonaire, tant la cicatrisation de la lésion est parfaite. Ce pronostic si favorable est dû sans doute au fait que la lésion décelée précocement est traitée de même, et d'autre part que l'atteinte du parenchyme pulmonaire est si limitée que le traitement empêche une extension de la lésion, spontanément peu extensive ;

2^o Mais tous les cas ne sont pas si favorables et parfois la lésion pulmonaire progresse pour évoluer, avec apparition de signes cliniques concomitants, que la radioscopie et la radiographie confirment. Le pronostic est beaucoup plus réservé, car les lésions sont plus étendues et semblent avoir alors une certaine tendance à l'extension ;

3° Dans d'autres cas enfin on voit cette spélunque isolée, rester isolée, sans tendance à l'extension, ni à la régression et nous abordons ainsi le problème des petites cavernes isolées au cours de la tuberculose, soit qu'elles apparaissent pendant l'évolution d'une bacillose pulmonaire, ou qu'elles marquent le début de cette maladie, soit même qu'elles se présentent comme une forme d'ensemencement du parenchyme pulmonaire.

En résumé si des évolutions graves se présentent à la suite d'hémoptysies d'alarme telles que celles décrites plus haut, c'est que les malades n'ont pas profité de l'alarme donnée par leur crachement de sang. C'est peut-être aussi qu'on n'a pas voulu croire à la lésion ou ce qui est plus grave qu'on ne l'a pas cherchée ou même qu'on n'a pas su la trouver.

CONCLUSIONS

Certaines hémoptysies se présentent sous forme d'hémoptysies d'alarme.

I. Dans certains cas, des lésions pulmonaires concomitantes sont évidentes ; nous ne nous y sommes pas arrêtés.

II. Dans d'autres cas au contraire, l'hémoptysie est le seul symptôme clinique. Aucun autre signe d'examen somatique, aucun signe radioscopique ne permettent de faire le diagnostic causal.

III. Ces hémoptysies révèlent une petite lésion très limitée géodique du parenchyme pulmonaire, qui ne peut être révélée, la plupart du temps, que par un bon examen radiographique des poumons.

IV. D'où découle la nécessité de faire cet examen, en pensant à la présence possible d'une spélunque même lorsque le parenchyme pulmonaire paraît sain.

V. Ces géodes paraissent liées et dues à l'ouverture d'un nodule caséeux ayant évolué à bas bruit.

VI. Ces spélunques régressent facilement si le diagnostic et le traitement ont été précoces.

VII. Cependant elle peuvent être le début de lésions ultérieures qui parfois ne se révèlent qu'au bout d'un laps de temps assez éloigné.

Il était donc important d'attirer l'attention des médecins sur ces faits qui jusqu'ici ne sont pas considérés comme fréquents. Mais au point de vue de l'évolution ultérieure de la lésion, ces faits ont une importance capitale. Lorsque dans la recherche des causes d'une hémoptysie, on affirme l'intégrité du parenchyme pulmonaire il faut toujours se demander si l'on a bien pensé à rechercher une petite caverne, isolée dans le poumon.

Vu : le Président de la thèse,
M. LABBÉ.

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

INFILTRATIONS ÉPITUBERCULEUSES OU LES RÉACTIONS SPLÉNO-PNEUMONIQUES

- Aris.* — Contribution à l'étude des tuberculoses lobaires. Thèse de Paris, 1924.
- Aschoff.* — Ueber die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungenphthise (Bergmann. Munich, 1922).
- Assmann.* — Zur Frage der Einteilung der Lungentuberkulose im Röntgenbilde (Zeitschr. f. Tuberkulose, H. 5, Bd. 48).
- Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen (Dritte Aufl. Vogel Leipzig, 1924).
 - Erfahrung über die Röntgenuntersuchung der Lungen unter besonderer Berücksichtigung anatomischer Kontrollen (Gustav Fischer. Jena, 1914).
 - Ueber die Infraclavicularen Infiltrationen im Beginn der Lungentuberkulose von Jugendlichen erwachsenen (Klin. Woch., n° 45, 5 nov. 1927).
- Bacmeister.* — Zur Differenzierung und qualitativen Erfassung der Erwachsenenphthis. Beitr. z. Klin. d. Tuberk., 1927, Bd. 65, H. 6, P. 668.
- Considérations nouvelles sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique (Deut. med. Woch., t. LIII, n° 51, 16 déc. 1927).
 - Zur Entstehung und Entwicklung der Lungenphthise (Deut. med. Woch., n° 21, 25 mai 1928).
- Bard.* — Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. (Journ. de Med. de Lyon, n° 169-170, 20 janv. et 5 fév. 1927).
- Barjon.* — Radio-diagnostic des affections pleuro-pulmonaires. Paris, Masson, 1916.
- Bernard.* — Les éléments du pronostic chez les tuberculeux pulmonaires (Jour. méd. franc., 16 août 1913).

- Bernard*. — La tuberculose pulmonaire (Etude de phtisiologie clinique et sociale, 2^e édition. Paris, Masson, 1925).
- Bernard et Bethoux*. — La lobite supérieure droite, localisation de tuberculose pulmonaire (Rev. de la tuberculose, 1923, p. 471).
- Bernard, Lelong, Renard*. — La localisation périciliaire de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte (Ann. de méd., t. XXI, n° 5, mai 1927).
- Besançon et Braun*. — Le stade anatomo-clinique précurseur de la phtisie chronique de l'adulte. La tramite tuberculeuse initiale (Presse méd., n° 105, 31 déc. 1927, p. 1601).
- Bethoux*. — La lobite supérieure droite. Thèse de Paris, 1924-1925.
- Boehme*. — Frühformen der Lungentuberkulose erwachsener (Mediz. Gesellsch. Bochum, 11 janv. 1928).
- Burnand*. — Sur le pronostic et l'évolution des diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire (Rev. de la tuberculose, 1922, p. 450).
- Cain et Hillemand*. — La tuberculose de primo infection chez l'adulte (Ann. de médecine, n° 1, 1923).
- Carles*. — Fièvre d'invasion tuberculeuse typho-bacillose et sérum de Jousset (Journ. de méd. de Bordeaux, n° 9, 10 mai 1928).
- Castelli*. — La lobite superiore & dextra localizzazione della tubercolosi pulmonare (La Riforma medica, juillet 1924).
- Combe*. — La tuberculose du nourrisson. Paris, Baillière, 1917.
- Debré et Cordey*. — Sur l'étiologie et la pathogénie des tuberculoses de la seconde enfance (Paris médical, n° 1, 2 janv. 1926).
- Dorendorf*. — Ueber das infraclaviculare tuberkulose infiltrat (Med. Klin., n° 18, 1927).
- Dufourt*. — Les processus spléno-pneumoniques prolongés curales des nourrissons (Journ. de méd. de Lyon, 1925, p. 123).
- Dunham et Norton*. — Basal tuberculosis (Journ. amer. med. Ass., n° 19, 5 nov. 1927).
- Eliasberg et Neuland*. — Zur Klinik der epiduberkulosen und gelatinosen infiltration der kinderlichenlungen (Jahrb. f. Kinderheilk, 1921, p. 88).

- Fernbach.* — Die epituberkulose infiltration (Med. Gesellschft. Leipzig, 13 déc. 1927).
- Fishberg.* — Infraciacular tuberculous infiltrations (Amer. Rev. of Tuberculosis, janv. 1928).
- Gardere.* — La tuberculose pulmonaire du nourrisson (Journ. de méd. de Lyon, 1924, p. 107).
- Gardere et Schoen.* — La pneumonie caséuse du nourrisson (Journ. de méd. de Lyon, n° 171, 20 fév. 1927).
- Ghon, Kudlich et Winternitz.* — Anatomie et pathogénie de la tuberculose chez le nourrisson (Zeitschr. f. Tuberkulose, t. XLII, fasc. 1 et 2, 1^{er} et 15 mars 1925).
- Giraud.* — Les congestions pulmonaires. Essai de classification rationnelle (Marseille Médical, n° 12, 25 avril 1927).
- Giraud et Sedad.* — Les conceptions allemandes actuelles sur l'évolution générale de la tuberculose et sur la classification des formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire (Rev. de la tuberculose, t. V, n° 1, 1924).
- Gond.* — Ueber Sitz, grosse und form des primären lungenherdes bei der sauglings und kindertuberculose (Virchows arch. f. pathol. anat. u. Phys. Bd., 254, H. 3, 1925).
- Graeff.* — Pathologische anatomie der Beginnenen lungenphthise (Tuberkul. Tagung in Wildbad, 30 mai bis, 3 juin 1928).
- Hesse.* — Extrapulmonare tuberkulosen und reinfekt in den Lungen (Beitr. z. Klin. d. Tuberk, Bd. 64, H. 3-4, p. 366, 1926).
- Huebschmann.* — Rankesche stadieneinteilung und Miliartuberkulose (Klin. Woch., n° 11, 11 mars 1928).
- Jagnow.* — Contribution critique à la classification de la tuberculose pulmonaire (Rev. de la tuberculose, 1925, p. 42).
- Kausch et Klingenstein.* — Ueber fruh und Spatkaverne und ihre prognose (Klin. Woch., n° 24, 11 juin 1927).
- Kayser-Petersen.* — Die Bedeutung der Lungenspitzen-tuberkulose für die Lungen-Schiwindsucht der Erwachsenen (Tuberkul. Tagung in Wildbad., 30 mai bis, 3 juin 1928).
- Klemperer.* — Les transformations de nos conceptions au sujet du développement de la tuberculose pulmonaire (Med. Klin., t. XXIII, n° 51, 23 déc. 1917).
- Lambert de Cursay.* — La lobite tuberculeuse chez l'homme. Thèse de Paris, 1926.

- Lange.* — Le foyer pulmonaire primitif dans la tuberculose des enfants (Zeitschr. f. tuberculose, t. XXXVIII, fasc. 3 et 4, 1923).
- La Wrason, Brown et Sampson.* — The classification of pulmonary tuberculosis based upon symptoms and X ray findings (The amer. rev. of tuberculosis, t. IV, n° 6, p. 417, août 1920).
- Letulle.* — La tuberculose pleuro-pulmonaire. Paris, Maloine, 1916.
- Leuret et Piéchaud.* — Le hile pulmonaire point de départ fréquent des reviviscences de la tuberculose à l'adolescence et chez l'adulte (Journ. de méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest, t. CV, n° 17, 10 sept. 1928).
- Marchand.* — Zur Nomenklatur der Lungentuberkulose (Munch. med. Woch., 1922, n° 1, 2).
- Marfan.* — La tuberculose dans la première enfance (Le nourrisson, n° 3, mai 1924).
- La tuberculose des enfants du premier âge (Le nourrisson, t. XII, n° 5, septembre 1924).
- Meier.* — Diagnose der pathologisch anatomischen form der Lungentuberkulose im rontgenbild (Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen, Bd ? 34, H. 4).
- Mosny et Malloizel.* — Réactions pleuro-corticales (Rev. de méd., nov. et déc. 1910).
- Muenchbach et Riemer.* — Das Nerhaltenis der Spitzenerkrankungen und der infraclavicularen infiltrate in der heilstatte (Beitr. z. Klin. d. tuberkul., Bd. 68, H. I, P ? 98, 1928).
- Myers.* — Tuberculosis in Childhood (Journ. amer. med. Ass., n° 19, 7 mai 1927).
- Neumann.* — Die Klinik der beginnenden tuberculose erwachsener (Springer, Wien, 1924).
- Nicol.* — Die Umstellung in der Fruhdiagnose der chronischen lungentuberkulose (Med. Klin., n° 11, 16 mars 1928, p. 400).
- Opie.* — Pathology of the tuberculosis of childhood and its bearing on clinical work. (Brit. med. Journ., n° 3493, 17 déc. 1927, p. 1130).
- Phelebon.* — La primo-infection tuberculose est-elle toujours une maladie de l'enfance (Pres. méd., n° 75, 17 sept. 1927, p. 1131).

- Piéchaud et Parneix.* — De la pneumonie nérosante de Sabourin (Journ. de méd. de Bordeaux, n° 4, 25 fév. 1928).
- Piery.* — La tuberculose pulmonaire. Paris Doin, 1910.
- Pontano.* — La sindrome clinica di tifo bacillosi per tubercolosi dell'ilo nell'adolescente (Il Policlina, n° 1, 1^{er} janv. 1928).
- Potez.* — Les classifications françaises et allemandes des formes pulm. de l'adulte (La notion de tramite bacillaire. Paris, Legrand, 1925).
- Ribadeau-Dumas.* — La lésion initiale de la tuberculose pulmonaire (Soc. méd. des Hôp., 1^{er} mai 1914).
- Sur une forme curable de la tuberculose du nourrisson (Revue de la tuberculose, 1923).
- Redeker.* — Ueber die infraclavicularen infiltrate Ihre Entwicklungsformen und ihre stellung zun Pubertatsphtise und zum phtisergenese problem (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. 63, H. 4, 5, p. 574).
- Zur qualitatsdiagnose und einteilung der lungentuberkulose (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., Bd. 65, H. 4, 5, p. 449).
- Romberg.* — Ueber die entwicklung der Lungentuberkulose (Klin. Woch., n° 24, 11 juin 1927).
- Scheidemandel.* — Das tuberkulose infraclaviculare infiltrat (Munchn. med. woch., Jg. 75, n° 10, p. 430, 1928).
- Schmitt.* — Das « epituberkulose » infiltrat (Med. Klin., n° 14, 1926).
- Schulz.* — Neue anschauungen uber tuberkuloseentwicklung und toberkuloseverlauf. Der « Sekundarherd » (Med. Klin., n° 10, 9 mars 1928, p. 366).
- Siems.* — Entstehung und schicksal des tuberkulosen fruhinfiltrates (Verein der Aerzte Halle a. s., 8 nov. 1927).
- Spengler.* — Die diagnose der Lungentuberkulose. Davos, 1900.
- Stralinger.* — Uber die Notwendigkeit und moglichkeit einer pathogenetischen typendiagnostik der Phthise (Klin. Woch., n° 24, 11 juin 1927).
- Demonstration zur Frage des phtischen infraclavicularen Fruhinfiltrates (Freiburger mediz. Gesellsch, 31 janv. 1928).
- Stephani.* — Une classification anatomo-clinique et radiologique de la tuberculose pulmonaire suivie d'une étude spéciale des formes à éléments isolés (Schw. med. Woch., n° 15, 1928, p. 384).

Sternberg. — Zur Klassifikation der lungentuberkulose (Zeit. f. tub., Bd., 39, Heft., 3).

— Ueber die Klassifikation der chronischen lungentuberkulose (Barth. Leipzig, 1926).

Tapie. — Les lobites tuberculeuses (Toulouse méd., n° 23, 1^{er} déc. 1927).

Toinon. — Les classifications de la tuberculose pulmonaire (Gaz. des hôp., n° 18, 3 mars 1928, p. 313).

Ulrici. — Entwicklungsgänge der Lungentuberculose (Deut. med. Woch., n° 15, 13 avril 1928).

— Praphtisisches infiltrat und entwicklungsgänge der lungentuberkulose (Tuberkul. Tagung in Wildbad, 30 mai bis, 3 juin 1928).

Ulverricht. — Zur klinik der ingra-clavicularen infiltrationen (Klin. Woch., n° 31, 30 juillet 1927).

Walters. — On the method and principles of classification in pulmonary tuberculosis (The Brit. Journ. of Tuberculosis, t. XV, n° 2, avril 1921).

INFILTRATION TUBERCULEUSE SOUS-CLAVICULAIRE.

Amrein. — Vom « infraklavikulären früh-infiltrat » (Schw. med. Woch., n° 39, 29 sept. 1928, p. 957-959).

Aschoff. — Ueber die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungenphthise (Bergmann, Munich, 1922).

Assmann. — Zur Frage der Einteilung der Lungentuberkulose im Röntgenbilde (Zeitschr. f. Tuberkulose, H. 5, Bd. 48).

— Erfahrung über die Röntgenuntersuchung der Lungen unter besonderer Berücksichtigung anatomischer Kontrollen (Gustav. Fischer, Jena, 1914).

— Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen (Dritte Aufl. Vogel, Leipzig, 1924).

— Les infiltrats tuberculeux sous-claviculaires des jeunes adultes (Deuts. Med. Woch., 5 août 1927, p. 1343).

— Ueber die Infraclavicularen Infiltrationen im beginn der Lungentuberkulose von Jugendlichen Erwachsenen (Klin. Woch., n° 45, 5 nov. 1927).

Bacmeister. — Zur Differenzierung und qualitativen Erfassung

- der Erwachsenenphtise (Beitr. z. Klin. d. Tub., 1927, Bd. 65, H. 6, p. 668).
- Zur Entstehung und Entwicklung der Lungenphtise (Deut. med. Woch., n° 21, 25 mai 1928).
- Boehme.* — Frühformen der Lungentuberkulose Erwachsener (Medizinische Gesellschaft Bochum, 11 janv. 1928).
- Dietl.* — Sur l'infiltration sous-claviculaire tuberculeuse (Med. Klin., 22 juillet 1927, p. 1072).
- Dorendorf.* — Über das infraklavikuläre tuberkulöse Infiltrat (Medizinische Klinik, n° 18, 1927, p. 667).
- Eliasberg et Neulandw.* — Die epituberkulösen infiltration der lunge bei tuberkulösen saulingen und kindern (Jahrbuch für kinderh., t. 93, 1920).
- Eliasberg et Neuland.* — Zur klinik der epituberkulösen und Celatinösen infiltration der kindlichen Lunge (Jahrbuch für Kinderh., t. 94, 1921).
- Zur klinik der epituberkulösen und gelatinösen Infiltration, der Kinderlichenlungen (Jahrb. f. Kinderheilk., 1921, p. 88).
- Fishberg.* — Infraclavicular Tuberculous Infiltrations (Amer. Reviev. of Tuberculosis, janv. 1928).
- Kayser-Petersen.* — Die Bedeutung der Lungenspitzentuberkulose für die Lungenschwindeucht der Erwachsenen (Tuberkul. Tagung in Wildbad, 30 mai bis, 3 juin 1928).
- Klemperer.* — Die « Neue Lehre » von der Entstehung der Lungentuberkulose des Erwachsenen auf der Tuberkulose-Tagung in Wildbad, 30 mai bis, 3 juin 1928) (Die Ther. der Gegenw., n° 7, juillet 1928, p. 320).
- Lamger (H.).* — Die spezificitat ruckbildungs fähiger Lungeninfiltrate bei kindliche tuberkulose (Zeitschr F. kinderheilk., t. 34, 1923).
- Nuenchbach et Riemer.* — Das Verhältnis der Spitzenerkrankungen und der infraclaviculären infiltrate in der Heilstätte (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., Bd. 68, II, I, p. 98, 1928).
- Nicol.* — Die Umstellung in der Erühdiagnose der chronischen lungentuberkulose (Med. Klin., n° 11, 16 mars 1928, p. 400-404).
- Redeker.* — Ueber die infraclavicularen Infiltrate, ihre Entwicklungsformen ; und ihre Stellung zur Pubertäsphtise und

- zum Phthiseogene se problem (Beitr. z. Klin. d. Tub., Bd. 63, H. 4-5, p. 574).
- Zur qualitätsdiagnose und Einteilung der Lungentuberkulose (Beitr. z. klin. d. Tuberkul., Bd. 65, H. 5, p. 449).
- Redeker et Walter.* — Entstehung und Entwicklung der Lungenschwindsucht des Erwachsenen (Kabitzsch. Leipzig, 1928).
- Romberg.* — Ueber die entwicklung der Lungentuberkulose (Klin. Woch., n° 24, 11 juin 1927).
- Scheidemandel.* — Das tuberkulöse infraclaviculäre Infiltrat. (Münchn. med. Woch. Jg. 75, n° 10, p. 430, 1928).
- Schmitt.* — Das « Epituberkulöse » Infiltrat (Med. Klin., n° 14, 1926).
- Schulz.* — Neue Anschauungen über Tuberkuloseentwicklung und Tuberkuloseverlauf. Der « Sekundärhord » (Med. Klin., n° 10, 9 mars 1928, p. 366).
- Siens.* — Entstehung und Schicksal des tuberkulösen Frühinfiltrates (Verein der Aerzte Halle a. S., 9 nov. 1927).
- Spengler.* — Die Diagnose der Lungentuberkulose (Davos, 1900).
- Starlinger.* — Ueber die Notwendigkeit und möglichkeit einer Pathogenstischen Typendiagnostik der Phthise (Klin. Woch., n° 24, 11 juin 1927).
- Demonstration zur Frage des phthisischen infraclaviculären Frühinfiltrates (Freiburger Medizinische Gesellschaft, 31 janv. 1928).
- Sternberg.* — Zur klassifikation der Lungentuberkulose (Zeit. f. tub., Bd. 39, Heft 3).
- Ueber die klassifikation der chronischen Lungentuberkulose (Barth Leipzig, 1926).
- Utrici.* — Entwicklungsgänge der Lungentuberculose (Deut. med. Woch., n° 15, 13 avril 1928).
- Präphthisisches Infiltrat und Entwicklungagänge der Lungentuberkulose (Tuberkul. Tagung in Wildbad, 30 mai bis, 3 juin 1928).
- Unverricht.* — Zur klinik der Infraclaviculären Infiltrationen (Klin. Woch., n° 31, 30 juillet 1927).
- Ziegler.* — Ueber das infraclaviculäre Frühinfiltrat (Medizinische Gesellsch. Göttingen, 10 mai 1928).

INFILTRAT SOUS-CLAVICULAIRE
DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Travaux d'Assmann.

Assmann. — Zur röntgendiagnostik der dündarmsteneren (Deuts Zeit. F. Nerenh, 1913, p. 1).

- Osteoplastisches carcinoma (Munch. Med. Woch., 1914, n° 9, p. 505).
- Erfahrungen über die Rontgenuntersuchungen der Lungen unter besonderer Berücksichtigung anatomischer Kontrollen (Jenan Fischer, 1914).

Assmann. — Zur organisation des kriegsentschadeigungs verfahrens (Med. Klin, 1916).

- Die rontgendiagnostik der inneren erkrankungen (Leipzig., 1921, F. C. W. Vogel).
- Die Klinische Roentgendiagnostik (1922, 1 vol. Leipzig).
- Le radiodiagnostic clinique des maladies internes 3^e édition. Vogel, Leipzig, 1924).
- Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen (Dritte Aufl. Vogel, Leipzig, 1924).
- Zur frage der pathogenese und zur Klinik des bronchialkarsinoms (Med. Klin., 1924, n° 50, p. 1757 et n° 51, p. 1796).
- Klinische einteilung der chronischen gelenkerkrungen (Klin. Woch., n° 30, 30 juillet 1925, p. 1504).
- Sur les infiltrations pulmonaires sous-claviculaires au début de la tuberculose chez les adolescents et leur pronostic (Deutsc. Med. Woch., 6 mai 1927, p. 781)
- La tuberculose miliaire aiguë et chronique des poumons (Zeitschr. f. Tuberkul., mai 1927, p. 485-496).
- Les infiltrats tuberculeux sous-claviculaires des jeunes adultes (Deutsch. Med. Woch., 5 août 1927, p. 1343).
- Ueber die infraclavicularen infiltrationen im beginn der lungentuberkulose von Jugendlichen erwachsenen (Klin. Woch., n° 45, a nov. 1927, p. 2134).
- Die Bedeutung der Roentgenuntersuchung von Lunge und

Mediastinum (Fortschr. a. s. D. Geb. d. Roentgensr., XXXVI, 1927, p. 21).

- Die lungentuberkulose ihre pathogenese diagnostik und Behandlung (1 vol. Berlin).
- Beitrag zur « Elbon » behandlung des Tuberkulösen fieber (Beitz. Z. Klin. d. Tub., Bd. 38, H. 1.).

